

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

經食道心臟超音波檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第一頁

經食道心臟超音波檢查說明書

這份說明書是有關您即將接受的手術或醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術或醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

經食道心臟超音波檢查。

1. 術前我們會評估病人是否適合接受經食道心臟超音波檢查，如果可以，將會請病人至少禁食八小時。
2. 術前十分鐘，會在病人咽喉內噴局部麻醉劑 2-3 次。
3. 開始檢查前會讓病人側躺面向施行檢查的醫師，嘴裡含著咬合器。
4. 食道心臟超音波的探頭會由咬合器的洞進入口腔，之後會請病人做吞嚥的動作，配合著吞嚥動作，醫師會將食道心臟超音波探頭送到定位，這個步驟是病人最不舒服的時後，但只要配合醫師的指示，讓探頭迅速到位，不舒服就會減輕和縮短。
5. 探頭到位後，超音波檢查會很迅速的在幾分鐘內完成，過程中病人若有唾液，請輕輕的吐出，不要吞下，以免影響檢查。
6. 檢查完後，請病人 1-2 小時內不要吃東西，一些喉嚨不舒服的症狀應會逐漸消失。

手術(醫療處置)效益：(經由手術或醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

經食道心臟超音波可以比傳統胸前心臟超音波得到更精細的心臟影像，舉凡感染性心內膜炎的診斷及其他心臟或大血管結構的問題都可以看得更清楚。

手術/醫療處置風險：(沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

可能副作用或可能併發症：

經食道心臟超音波檢查的併發症：

1. 病人無法配合吞服超音波探頭者：0.5-1%
2. 肺部的併發症：a、支氣管痙攣 0.03-0.1%；b、血氧降低 0.01-0.05%
3. 心臟之併發症：a、心室頻脈 0.01-0.05%；b、陣發性心房顫動 0.01-0.05%；c、房室傳導阻滯：0.005-0.01%；d、心絞痛：0.005-0.01%。
4. 出血：a、咽喉部出血：0.005-0.01%；b、嚴重吐血及死亡：0.005-0.01%。
5. 其他：嘔吐或食道破裂：0.05-0.1%。

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

經食道心臟超音波檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第二頁

(經食道心臟超音波檢查說明書承上頁)

替代方案：(這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定)。

此檢查並無其他替代的檢查方式。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

說明醫師：

(醫師簽章需先於病人簽署同意)

日期：西元 20 年 月 日 時 分

經食道心臟超音波檢查同意書

病人：_____，出生於西元 年 月 日，
因需接受**經食道心臟超音波檢查**。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

本人(或家屬)已經仔細閱讀過本文件，經必要的詢答之後，已充分了解其內容並同意遵守。

立同意書人：_____ (簽章) 身分證字號：_____

與病患之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、同居人、伴侶、摯友、其他：_____

住址：_____ 電話：_____

日期：西元 20 年 月 日 時間： 時 分

(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可，得由警消人員、社工或志工或院內警衛簽署見證。)

見證人 1：_____ (簽章) **見證人 2：**_____ (簽章)

見證人 1 身分證字號：_____ **見證人 2 身分證字號：**_____

日期：西元 20 年 月 日 時間： 時 分

一份病友收執，一份夾存病歷